Ueber

Molenschwangerschaft.

Inaugural-Dissertation,

der

medicinischen Fakultät zu Würzburg vorgelegt

von

Anton Gamringer,

Dr. med.

WÜRZBURG.

Druck von Carl Joseph Becker.

1863.

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b22338895

Trotz der vielen Arbeiten ausgezeichneter Männer war die Lehre von den Molen bis vor nicht gar langer Zeit verwirrt und unbestimmt.

Schon die frühere Literatur weist das rege Streben nach Aufklärung über die Natur dieser damals so räthselhaften Gebilde nach. Schon im Jahre 1686 schrieb *Lamgeweerde* eine Hist. nat. molarum uteri; *Haukopp* im Jahre 1764 eine Dissertat. de mola etc.; *Büchner* 1760 Generatio molarum de princip. novis deducta; *Baumer* Progr. de plasentar. uterinar. in molas vesicarias mutatione 1776; *Starc's* Archiv etc. 4 Bde. S. 110. — *Osiander*'s Hebammenbuch, S. 302. — *Zechin:* De molarum conformat. Goett. 1818. etc. etc.

Alle diese Autoren haben, verleitet durch die äussere Aehnlichkeit einzelner pathologischer Producte des Uterus mit gewissen Arten der Molen, jene mit diesen zusammengeworfen, und so Dinge von verschiedener Natur einer äusseren Aehnlichkeit wegen denselben Namen gegeben.

Wie überhaupt die pathologische Anatomie ihre so beteutenden Fortschritte dem Microskope verdankt, so hat auch letzteres in der Lehre von den Molen die Bahn

gebrochen, und ihm zumeist ist die nunmehrige Klarheit in dieser Lehre zuzuschreiben. — —

Mole ist ein befruchtetes, aber krankhaft entartetes menschliches Ei.

Wie sehr auch die äussere Gestaltung derselben verändert sein mag, ein gemeinschaftliches Merkmal müssen sie haben: Spuren oder Reste der ursprünglichen Gebilde des Eies.

Zwar gehen bei längerem Aufenthalte im Uterus die Bestandtheile der Molen solche Metamorphosen ein, dass die Charactere der Eibestandtheile unkenntlich werden können, und dadurch deren Auffindung und Bestimmung eine schwierige Aufgabe wird, allein durch eine sorgfältige Vergleichung der bis jetzt bekannt gewordenen pathologischen Producte im Uterus kann man wenigstens zu einen Wahrscheinlichkeitsschluss kommen, wenn aus den physikalischen Eigenschaften eines Objectes man einen positiven Schluss sich zu bilden nicht im Stande war. Uebrigens kann man in der Mehrzahl der Fälle durch das Microskop Eibestandtheile nachweisen.

Die Decidna und das Amnion lassen sich, da ihre aus Zellen und einer körnigen Molekularmasse bestehende Form nichts Characteristisches hat, nur durch eine Vergleichung der gleichnamigen Häute einer normalen Placenta als solche bestimmen. Das Chorion mit seinen Zotten, die selbst wieder verschieden geformte, eigenthümliche Ausbiegungen und kolbige Erweiterungen bilden, lässt sich leicht von anderen Membranen unterscheiden und erkennen.

Durch das Microskop und die pathologische Anatomie wurden die Molen von den pathologischen Producten des Uterus getrennt und geschieden, und mit Recht wurde

der Name „falsche Molen“ aus der Lehre von den Molen gestrichen.

Am häufigsten werden als falsche Molen angeführt und sind bereits als pathologische Producte dargestellt:

1) Die falsche Blutmole, die allen Beschreibungen zu Folge als angesammeltes Blut, — wohl Menstrualblut — das im Uterus längere Zeit zurückgehalten wurde und daselbst mehr oder weniger coagulirte, sich darstellt.

2) Für die falschen Wassermolen, die mit Blutwasser gefüllten Fleischgeschwülste fand man im Uterus folgende erklärende pathologische Producte:

a) Schleim- und Zellpolypen, das ist Verlängerung der Schleimhaut des Uterus, welche an ihrem kolbigen Ende mit einem gallertigen oft blutig tingirten Schleim gefüllt sind.

b) Hypertrophische Follikel des Cervixuteri — Ovula Nabothi, — die manchmal eine ungewöhnliche Grösse erreichen; sie sind wie die Zellpolypen Folgen eines chronischen Uterinalcatarrhs und haben nichts mit den Molen gemein.

c) Fibroide von weicher Consistenz, die zwischen den Fasern ihres Maschenwerk's viel Zellgewebe enthalten, in welchem sich Hohlräume bilden, die mit einer serösen mehr weniger blutiggefärbten Flüssigkeit gefüllt sind.

3) Die falschen Blasenmolen waren:

a) entweder Hydatiden des Uterus, die aber da äusserst selten sind;

b) oder hypertrophische Follikel, oder

c) Hydrometra d. i. Ansammlung einer serösen Flüssigkeit im Uterus, dessen Schleimhaut durch einen chronischen Reizungszustand im Textur und Function

geändert, wird und deren Product sich im Uterus durch Verschliesung des Muttermundes mittelst einer Pseudomembran angesammelt. — Wenn nach theilweiser Resorbtion der Flüssigkeit der übrige Raum durch Zersetzung eines Theils der Flüssigkeit sich mit Gas gefüllt hat, so nannte man dieses:

4) Falsche Luftmole.

5) Falsche Fleischmolen wurden genannt:

a) Polypen des Uterus, in denen manchmal durch Zerreissung ihrer Gefässe Blut in den Maschen angsammelt wird.

b) Pseudomembranen mit anhängenden Blutfaserstoffgerinnungen.

Bleiben diese verschiedenen pathologischen Producte im Uterus längere Zeit, so können sie durch Incrustationen verkalken, selbst verknöchern. *Ludwig Friedrich von Froriep* nahm ausserdem noch eine Mola tendinosa, wo die mit dem Uterus zusammenhängenden Eihäute eine sehnenartige Textur annehmen, und die mannigfaltige Mole — Mola dissimularis — an, wo an der Stelle des Eies sich verschiedene Substanzen, z. B. Haare, Membranen, kleine Knochen, fleischige, sehnige oder kalkartige Theile sich zeigen.

Sehr wahrscheinlich handelte es sich bei letzteren nicht um eine Mole, sondern um eine Dermoidcyste des Ovariums nach *Lebert,* die nach diesem Autor, in den Uterus, in die Vagina, die Blase etc. durchbrechen kann nach vorhergegangener adhäsiver Entzündung; dieses wird um so wahrscheinlicher, als eben jene Befunde, wie sie *Froriep* bei seiner mannigfaltigen Mole angibt, gewöhnlich bei den Dermoidcysten vorkommen.

Die falschen Molen haben also mit den wahren durchaus nichts gemein, da jene entweder Producte

krankhafter Secretion der Schleimhaut des Uterus oder Neubildungen desselben sind, während diese sich als Producte der Zeugung darstellen. —

Einfach und ausreichend ist die Eintheilung der Molen: 1) Mongomerys Abortivei; 2) Dugès faux germe Fleisch- 3) Blasenmole.

Das Abortivei stellt sich nach Geheimrath *von Scanzoni* als ein hühner- bis gänseeigrosses dunkelblaues Blutcoagulum beim ersten Anblick dar. Entfernt man dieses Coagulum vorsichtig, so erscheint die oft ziemlich dicke, mit Blut imbibirte stellenweise fettig entartete Decidna vera, die durch ihre Grübchen leicht erkennbar wird. Oft lässt sich eine zwischen Decidna vera und reflexa befindliche Höhle, mit coagulirten Blut gefüllt, nachweisen. Oeffnet man die Decidna vera vollsändig, so findet man ein zweites Blutextravasat und unter diesem fest anhängend, dunkel gefärbt, ziemlich compact die Decidna reflexa. Die Wandungen bestehen ausserdem noch aus dem Chorion mit seinen verlängerten, verästeten Zotten und dem darunter liegenden Amnion, die sich vollständig oder nur theilweise von einander trennen lassen, je nachdem ihr Zusammenhang durch vorausgegangenen Entzündungsprozess mehr oder weniger fest geworden ist.

Im letzteren Falle findet man sie verdickt, das Amnion getrübt, stellenweise mit sehnigen Flecken bezeichnet.

Die Höhle des Amnions ist mit einer mehr weniger klaren, zähen, eiweisshaltigen Flüssigkeit gefüllt, die auch in Folge einer Haemorrhagie mit flüssigen und coagulirten Blut gemischt sein kann.

Spuren vom Foetus fehlen in der Regel ganz; aber wahrscheinliche Rudimente der Nabelschnurgefässe sieht

man öfters als zarte Fädchen, die sich in den Häuten einpflanzen und in der Flüssigkeit schwimmen.

Verweilt das Abortivei längere Zeit im Uterus, so geht die Umwandlung des Eigebildes in eine Fleischmole nach *Scanzoni* dadurch vor sich, dass die hämorrhagischen Heerde von der Peripherie gegen das Centrum sich entfärben, der Faserstoff derselben sich in Bindegewebe umwandle, und sich sowohl an die zunächst liegende Eihaut, als an die äussere Schichte des peripherischen die Decidna vera bedeckenden Coagulums die innere Wand der Gebärmutter anlege.

Dadurch entsteht ein der Placenta ähnliches dichtes, blutreiches Gewebe, in welchem Anfangs noch eine deutliche Amnionhöhle mit oder ohne Flüssigkeit gefunden wird. Durch den von allen Seiten ausgeübten Druck wird die Höhle verkleinert, die Amnionflüssigkeit resorbirt und so schwindet erstere.

Die Mole bildet so eine kompacte, fleischähnliche, ei- bis faustgrosse Masse, die birnförmig die Gestalt des Uteruscavums mehr weniger beibehält und an ihrem dem Placentarsitze entsprechenden dünneren Theile am Uterus fester anhaftet.

Unter dem organisirten Faserstoff findet man häufig die Decidna vera. Das öfters theilweise fehlende Chorion ist durch Exsudation verdickt, fest, fibrös. Die Zotten sind deutlich erkennbar, zwischen diesen ein Maschwerk sehniger Fäden, ausgefüllt von Blutgerinnseln älteren und jüngeren Datums. Zerschneidet man die Mole, so findet man die Amnionhöhle mit verschiedenen Inhalt, oder nur die zwei sich berührenden Blätter des Amnions, da der Inhalt durch Resorption oder durch Platzen der Blätter verschwunden ist. Spuren vom Foetus finden sich selten, jedoch wurden Reste des Nabelstranges mit

seinen drei deutlich erkennbaren Gefässen beobachtet, *Pappenheim* will selbst deutlich in einem Falle den Embrio erkannt haben.

Wie bei den Polypen des Uterus und anderen Gebilden Kalk oder Knochenablagerungen vorkommen, so auch hier; dieses war ein Eintheilungsgrund für ebenso viele Species von Molen.

Eine von den vorigen Gebilden völlig verschiedene Entartung der Eihüllen bildet die Blasenmole. *Mikschick* beschreibt sie als eine leichte, flockige, auf dem Wasser beinahe schwimmende Masse, die aus einem Aggregate zahlloser, gestielter, wasserheller, hanfkorn- bis taubeneigrosser, dolden und traubenförmig gruppirter Blasen besteht, deren Zwischenräume mit Blutcoagulis älteren und jüngeren Datums gefüllt sind.

Oft ist die Bildung dieser Blasen eine so bedeutende, dass die Mole einen ungewöhnlichen Umfang erreicht, wodurch der Uterus bis zur Grösse eines Kindskopfes und mehr ausgedehnt wird.

Das Medium, das die Blasen zusammenhält, ist das Chorion, das an manchen Stellen von der Decidna vera überkleidet ist.

Nach *Meckel* besteht die Blasenmolle in einer Hypertrophisirung der Chorionzotten mit consecutiven Oedem derselben; hat mit Hydatiden im Uterus gar nichts gemein, da erstere ein befruchtetes Ei, letztere aber die Existenz einer Thieres — Cysticercus — voraus setzt.

Aus dem physiologischen Zustande der inneren Sexualorgane während der Schwangerschaft, deren erhöhter Vitalität, der bedeutenden Gefässentwicklung und Blutüberfüllung und der daraus resultirenden Neigung zu Congestionen, Entzündungen und Blutungen sind letztere Zustände leicht erklärlich und sie bedingen die ersten

zwei Species der Molen. Auch ist der Einfluss jener Veranlassungen, wie Erschütterungen, Stoss, Fall etc. von den Geburtshelfern nicht unterschätzt worden.

Apoplexien sind die das Absterben des Embrio am öftesten bedingenden Momente als Folgen des eingewirkt habenden Traumas.

V. Scanzoni sagt: Die Quelle der Blutung ist entweder in den an der inneren Wand der Gebärmutter sich verzweigenden und bis in die Decidna vera dringenden Gefässen zu suchen, oder es entleert sich das Blut aus dem foetalen Gefässsysteme, welche letztere Extravasate sich gewöhnlich mit jenen combiniren, die einen Rhexis der mütterlichen Gefässe ihren Ursprung verdanken; ja es ist wahrscheinlich, dass sie nur secundär als Folge der Uterin- oder Decidnalblutung auftreten, indem sich nicht leicht absehen lässt, wie in den ersten Schwangerschaftswochen andere Ursachen als die der Lostrennung des Eies vom Uterus bedingten Circulationshemmungen in den foetalen Gefässen einen Blutaustritt aus diesen letzteren hervorrufen können.

Durch irgend eine mechanische Veranlassung kann also das in Bildung begriffene Eichen sich theilweise von der Uteruswandung lösen, die zarten Gefässe zerreissen, und den Embrio tödten. Es folgt dann Abortus, wenn bedeutende Uterinblutungen, die das Ei in weitem Umfang lösen, sich zugesellen, oder wenn nicht, die weitere Degeneration des zurückgebliebenen Eies zu einer Mole, während der Embrio höchst wahrscheinlich durch Auflösung und Aufsaugung spurlos verschwindet.

Dynamische Einflüsse, wie Gemüthsaffecte, Medicamente, Stimulantin und die nur zu oft gebrauchten Abortiva, ein verkehrtes diätetisches Verhalten der Schwan-

geren werden mit Recht als häufige Ursachen der gestörten Ernährung des Eies resp. Molenbildung angenommen.

Dass ausserdem Krankheiten der Mutter besonders solche, die die Sanguinification und Nutrition stören, Hydrops, Chlorose, vorgerückte Phthysis etc. zum Absterben des Foetus und secundärer Entartung der Eihäute Veranlassung geben können, ist klar.

Einen wichtigen Einffuss haben ausserdem sicher Krankheiten des Uterus und seiner Adnexa, wie acute und chronische Entzündungen und Krankheiten der Textur etc. — Blennorrhöen, Haemorrhagien aber werden mit Recht als Folgen der Molenschwangerschaft angenommen. Schwäche des männlichen Samens, erbliche Anlage, eine Disposition durch Constitution, Alter, Beschäftigung wurden oft als Ursachen der Molenbildung angegeben, aber ohne allen Grund, man findet ein vollkommen ausgetragenes Kind neben einer Mole, ebenso bildeten sich bei Frauen Molen, die früher und später gesunde Kinder geboren. Man findet Molen bei jedem Temperamente, jedem Alter und in allen Ständen. —

Wird aus irgend einem Grunde die allmälige Annäherung der Umbilicalgefässe an die innere Wand des Chorions entweder verzögert oder ganz gehindert, so wird die Bildung der Placenta vereitelt, dadurch werden nun die Chorionzotten ihrer Function über die gewöhnliche Zeit vorzustehen haben und dadurch eine Massenzunahme erleiden, hypertrophisch werden. Da aber die Ernährung des Foetus nur bis zu einer gewissen Periode auf diese Art von Statten gehen kann, und nun die hypertrophisehen Chorionzotten nicht genug Nahrung aufzusaugen im Stande sind, als der Embrio zu seiner Weiterentwicklung bedarf, so stirbt

derselbe ab, die hypertrophischen Zotten fahren fort in der Resorbtion der ihnen vom Uterus gebotenen Flüssigkeiten, werden durch die sich in ihrem Innern ansammelnde Flüssigkeit blasig ausgedehnt und zeigen nun oben beschriebene Form. — — —

Die Erscheinungen der Molenschwangerschaft sind so unzuverlässig, dass dieselben nur zuweilen erkannt werden.

Am häufigsten werden angegeben: eine mit der sicher ecuirten Schwangerschaftsdauer unverhältnissmässige Grösse oder Kleinheit des Uterus; sehr rasches Wachsen des Uterus; plötzliches Stehenbleiben des Uterus auf einer gewissen Grössenstufe; zeitweiser Blutabgang und starker Schleimausfluss aus der Vagina bei sicher gestellter Graviditaet; Fehlen der Foetaltöne — wenn die Schwangerschaft schon im 6ten Monat — der Kindsbewegungen und des Placentargeräusches. — Von subjectiven Symptomen: Unwohlsein, Mattigkeit, Schmerzen im Unterleibe, Kreuz etc. schnelles Sinken der Kräfte, Abmagerung etc. etc. Alle diese angegebenen Symptome sind aber höchst unzuverlässig, denn keines characterisirt die Molenschwangerschaft zuverlässig, kommen ausserdem weder jedesmal vor, noch sind sie den Molen eigenthümlich, daher ist die auf sie gestützte Diagnose immer höchst zweifelhaft.

Die im Vergleich zur Schwangerschaftsdauer unverhältnissmässige Grösse des Uterus, wodurch derselbe schon im zweiten Monat, z. B. über dem Schambeine fühlbar ist, kann möglicher Weise von einem früher unbemerkten Fibroid, das eben anfing, den Uterus auszudehnen, herrühren; gleiches kann bei Menstruationsanomalien, bei Verschluss der Vaginalportion durch Pseudomembran oder einen Schleimpfropf, bei Hydro-Haemato-

Pneumometra geschehen, wobei dann alle angegebenen subjectiven Symptome in einem bedeutenden Maase vorhanden sein können, ohne dass die Diagnose auf Molenschwangerschaft desswegen gerechtfertigt wäre.

Das plötzliche Stehenbleiben des Uterus auf einer bestimmten Grösse kann bei vermeintlicher Graviditaet leicht zur Annahme einer Molenschwangerschaft führen, wenn durch Undurchgängigkeit des Muttermundes die Untersuchnng mit dem Finger unmöglich wird, während die Erfahrung lehrt, dass Fibroide des Uterus längere Zeit unbemerkt wachsen können und erst, wenn sie zu irgend welchen Erscheinungen Veranlassung geben, bemerkt werden.

Anderseits kann oft auch die Untersuchung der Vaginalportion im Stiche lassen, indem wie in den ersten Monaten der Graviditaet, so auch bei pathologischen Prozessen vermehrte Turgescenz, Schleimabsonderung der Vaginalschleimhaut, Anschwellung, Dickerwerden, Auflockerung der Vaginalportion Statt finden kann.

Der zeitweise Blutabgang unter wehenartigen Schmerzen, kann für eine Molenschwangerschaft nichts Characteristisches haben, da auch bei submucoese Fibroden und Polypen Aehnliches vorkommt. In späteren Monaten der Graviditaet, nachdem einmal die Placenta gebildet, hat jener Blutabgang mit vermehrter Turgescenz der Vagina eher etwas Characteristisches für Placenta praevia als für Molenschwangerschaft.

Der Foetalpuls ist eines der wichtigsten Symptome der Schwangerschaft, aber da Molenschwangerschaft gewöhnlich nur in den ersten Monaten vorkommt, so kann, da zu jener Zeit der Foetalpuls noch nicht wahrnehmbar ist, derselbe um so weniger in Betracht kommen, als selbst in den höheren Monaten der Graviditaet aus

seinem Mangel nicht ein bestimmter Schluss sich ziehen lässt, da das Nichthörbarsein desselben von verschiedenen Zufällen abhängig ist, wie Lagerung des Kindes, abnorme Menge des Fruchtwassers etc. Auch das Nichtfühlbarsein der Kindsbewegungen ist kein diagnostisches Merkmal, indem wir Schwangerschaften verlaufen sehen, wo der Foetalpuls das Leben des Kindes zweifellos constatirt, während die Schwangere versichert, nie Kindsbewegungen verspürt zu haben, anderseits bei vermeintlicher Graviditaet mit Bestimmtheit Kindsbewegungen angegeben werden, wo gar keine Schwangerschaft besteht.

Gleiches gilt von dem Placentargeräusch, welches bei Ovariencysten, selbst grossen Fibroiden des Uterus gehört wurde.

Was die subjectiven Symptome betrifft, so können dieselben ebenso bei einer ganz normalen Schwangerschaft vorkommen; auch hier sind Ueblichkeit, Brechen, Schmerz im Leibe, im Kreuze nicht selten. Dieselben hätten nur bei Mehrgeschwängerten in so ferne eine Bedeutung, als sich bei demselben Individuum in den verschiedenen Schwangerschaften so ziemlich dieselben Erscheinungen und abnormen Sensationen wiederholen. Wenn nun bei einer Mehrgeschwängerten in einer neuen Schwangerschaft Erscheinungen eintreten, die von den der früheren Schwangerschaften wesentlich verschieden sind, so könnte man, wenn keine anderweitigen pathologische Ursachen jenen abnormen Erscheinungen zu Grunde liegend gefunden werden können, im Zusammenhalt mit den übrigen angegebenen Momenten eine Molenschwangerschaft zu vermuthen berechtigt sein.

Es folgt aus dem Gesagten, dass keine der genannten Erscheinungen pathognomisch ist, dass man aber

in einem gegebenen Falle durch richtige Beurtheilung der Symptome und genaue Untersuchung mit Wahrscheinlichkeit auf eine Molenschwangerschaft schliessen kann. — —

Die Prognose richtet sich nach der Intensität der während der Schwangerschaft und der Ausstossung der Mole auftretenden Blutungen, und dem Allgemeinbefinden der Frauen. Jedoch erholen sich dieselben, wenn nicht sehr bedeutende Blutungen vorausgingen, ziemlich rasch. — Durch Zurückbleiben eines Theiles der Mole in der Gebärmutter kann es zu bedeutenden, lange dauernden Metrorrhagieen kommen, die die Frauen sehr erschöpfen, und nicht eher aufhören, als das Zurückgebliebene ausgestossen oder manell entfernt wird. *V. Scanzoni* erzählt einen solchen Fall. Ausserdem können langwierige Uterinalcatarrhe und Blennorrhöen, chronische Infarcte, Amenorrhoe und Sterilitaet folgen, sowie die Frauen nach der Geburt der Mole bei herrschenden Epidemien für puerperale Prozesse Endo-Perimetritis etc. empfänglich sind. — —

Bei der Unsicherheit der Diagnose der Molenschwangerschaft ist es nicht räthlich, thätlich einzugreifen, ja selbst bei sichergestellter Diagnose ist es besser, die Sache der Natur zu überlassen; Aufgabe des Arztes ist es nur, die während des Verlaufes der Schwangerschaft auftretenden gefahrdrohenden Erscheinungen zu heben oder zu mässigen, also systematisch zu verfahren.

Gefährlich wäre also bei der Unsicherheit der Diagnose, wenn keine hohe Gefahr drohenden Symptome vorhanden sind, die öfters emphohlene Einleitung der Frühgeburt. Nur wenn die Blutung bedeutend ist, und rasche Anämie befürchten lässt, oder sehr häufig wiederkehrt, und die Kranke sehr erschöpft, wäre die

Tamponade der Vagina als Blutstillungs- und Einleitungsmittel der Frühgeburt indicirt.

Da man früher die Blasenmole für Hydatiden hielt, machte *Vigarous* den Vorschlag, durch längeren Gebrauch der Mercurialien das Absterben derselben zu erzielen und dann nach Abgang der Mola durch reizende Einspritzungen die etwa noch zurückgebliebenen Thiere zu tödten. *Puzo* wollte durch Blutentziehungen, *Tott* durch schmale Diät und Purganzen die Mola atrophisiren und so deren Abgang beschleunigen.

Was man mit all' diesen Vorschlägen in Bezug auf die Mola selbst erzielt hat und erreichen kann, liegt auf platter Hand. Mehr als durch direkte Therapie gegen die Molen könnte der Arzt zur Verhütung ihrer Entstehung in prophylaktischer Beziehung vielleicht leisten. Da die Ursachen des Absterbens des Embryo und der Entartung der Eihäute ziemlich bekannt sind, so kann bei Vermeidung derselben die Zahl der Molen auch vermindert werden, wenn sich die Frauen bei vermutheter Gravidität mehr schonen, ihre Lebensweise gehörig regeln und alle Schädlichkeiten möglichst meiden.

Am besten ist es also bei Molenschwangerschaft nicht viel activ einzugreifen und nur die gefahrdrohenden Symptome nach allgemeinen therapeutischen Regeln zu bekämpfen.

Auch die Austreibung überlässt man am besten der Natur, ausser wo bedeutende Blutungen eintreten; die Regulirung der Wehen, bei zu schwachen durch wehenerregende, bei zu heftigen durch emollirende, narkotische Mittel einzugreifen, bleibt Hauptaufgabe des Arztes. Findet man bei der Untersuchung nach längerer Dauer der Wehenthätigkeit den grössten Theil der Mole gelöst und nur einer Parthie noch fest haftend, so ist die

vorsichtige Lösung derselben indicirt. Die Nachbehandlung ist wie beim Abortus und hat für die Molen nichts eigenthümliches.

Ich erlaube mir nun einige Fälle von Molenschwangerschaft, die ich während meiner Studienzeit im Gebärhause zu Würzburg und besonders in Prof. *Braun*'s Klinik im Gebärhause in Wien im Jahre 1861—1862 zu sehen Gelegenheit hatte, vorzuführen.

I. Abortivici.

Anna N., 30 Jahre alt, eine Taglöhnerin, von mittelmässigen Körperbau, erfreute sich stets einer vortrefflichen Gesundheit, ist seit dem 15. Jahre menstruirt und hat nie geboren. Seit 3 Monaten schweigt die Menstruation, die Brüste wurden voller; sie hielt sich für Schwanger, befand sich aber sonst wohl.

In Folge eines schweren Falls beim Holztragen bekam sie vor 4 Tagen heftigen Bauch- und Kreuzschmerz, der bald wehenartigen Charakter annahm, dazu gesellte sich häufiger Abgang von Blut in flüssiger Form, wodurch die Kranke genöthigt wurde im Gebärhause Hilfe zu suchen.

Bei der Untersuchung fand man die Kranke etwas blass, fieberlos; die Brüste waren voll und es liessen sich einige Tropfen Colostrum herausdrücken; der Bauch war gespannt in der Regio hypogastrica sehr empfindlich, Sonst zeigte sich bei der äusseren Untersuchung nichts Abnormes. Bei der inneren Untersuchung fand man die Scheide angefüllt mit reichlicher schleimiger Abson-

derung; die Vaginalportion, mit dem Finger leicht erreichbar, war etwas aufgelockert, ohne Narben, für den Finger undurchgängig, doch etwa erbsengross geöffnet, Blut floss in geringer Menge ab.

Die Kranke wurde horizontal gelagert und expectativ behandelt. Gegen den heftigen Durst bekam sie säuerliches Getränk.

Nach zwei Tagen wurden die Schmerzen im Kreuze und Unterleibe heftiger, gingen bald in wahre Wehen über; die Blutung wurde bedeutend. Bei der Untersuchung fand man den Muttermund thalergross geöffnet, und im Umkreis desselben eine hühnereigrosse Geschwulst hineinragen. Da bei der ohnehin schon anämischen Person die Blutung Gefahr drohte, so ensschloss man sich zur künstlichen Entfernung des Gebildes. Diese Manipulation war sehr einfach; mit dem Zeige- und Mittelfinger konnte man es umgreifen und auf einen Zug folgte dasselbe der Hand. Die Mola hatte die Grösse eines Höhnereies und stellte einen geschlossenen Sack dar, der von einem dunkelblaurothen Blutcoagulum umhüllt war. Unter diesen fand man nach dessen Entfernung die ziemlich dicke mit Blut imbibirte, an manchen Stellen gelblich matt weisse, fettig entartete, mit sehr zahlreichen Grübchen versehene Membran, die sich als Dicidna vera darstellte. An einer Stelle konnte man die ganze Wandung des Gebildes in 3 Schichten theilen, während dieses an den übrigen Stellen wegen der festen Verwachsung der Häute unmöglich war. An jener Stelle fand man unter der oben beschriebenen Membran eine zweite dickere, zottige, die sich deutlich als Chorion und darunter ein drittes, dünnes, seröses, glänzendes Blatt, als Amnion charakterisirte. Letzteres

bildete eine Höhle, mit hellem, mehr klebrig schleimigen, fadenziehenden, schwach alkalischen Inhalt. In dieser Flüssigkeit schwammen einige dünne Fädchen, die an einem Ende mit dem Chorion zusammenhingen, am anderen frei waren, sie wurden als Nabelschnurreste, resp. Gefässe erkannt. — Vom Embryo konnte nichts nachgewiesen werden.

Der Uterus zog sich ziemlich rasch zusammen, die Blutung stand bald still; nach einigen Tagen stellten sich die normalen Lochien, aber in geringerer Menge ein. Die Reconvalescenz war ziemlich lange dauernd, wegen der bedeutenden Anaemie, wurde aber doch durch die angewandten Tonica; gute Kost, Eisen, Wein etc. wesentlich abgekürzt.

II. Fleischmole.

a) Marie N., 20 Jahre alt, eine Dienstmagd, von mässigen Körperbau, stets gesund und seit ihrem 15. Jahre regelmässig menstruirt, wurde vor 2 Jahren ohne besondere Hilfeleistung von einem gesunden Knaben entbunden. Sie gibt an, dass sie vor 9 Monaten die Menstruation zum letztenmale gehabt habe und dass die Schwangerschaft, mit Ausnahme eines von 5—7 Monaten dauerndes Erbrechen, ganz normal verlaufen sei; seit einigen Tagen verspüre sie Schmerz im Leibe und Rücken und sie glaubte sich dem Ende der Schwangerschaft nahe.

Sie wurde im Gebärhause aufgenommen, konnte daselbst noch einige Tage ausser Bett bleiben und herumgehen, war aber am 3. Tage ihres Verweilens im Gebärhause Abends gezwungen, wegen der sehr heftigen Schmerzen, die sie im Unterleibe und in der Kreuzbeingegend verspürte, sich zu Bette zu begeben.

Die Wehen hatten normale Stärke und folgten in raschen Zwischenräumen; bald stellte sich die Blase, sprang, der Kindskopf stellte sich in der ersten Stellung und die Geburt erfolgte ganz regelmässig. — Nun erst gingen reichliche Massen von Blut ab. Um die Blutung zu stillen, suchte man durch Reiben und drücken die Contractionen des Uterus anzufachen, um so den schnelleren Abgang der Placenta zu bewirken. — Da dieses weniger schnell, als wünschenswerth, vor sich ging, entschloss man sich zur Lostrennung der Placenta, was auch sogleich geschah und mit geringer Mühe vorgenommen wurde. — Allein trotzdem stand die Blutung nicht still, im Gegentheil, fast reichlicher floss dasselbe. Um sich von der Ursache der Blutung zu überzeugen, wurde mit der Hand eingegangen und an der rechten Seite des Uteruscavums eine birnförmige, weiche Masse gefunden, die sich, einigemal um ihre Axe gedreht, leicht von ihrem Sitze trennen liess. Rasch contrahirte sich nun der früher mehr weiche Uterus, er verkleinerte sich zusehens und bald hörte das Blut zu fliesen auf. Bei der Besichtigung hatte die Masse Aehnlichkeit mit einem Blutcoagulum von Birnform. Nach sorgfältiger Entfernung desselben entdeckte man bei genauer Untersuchung an manchen Stellen eine häufig durchbrochene Membran, die Reste der Decidna vera darstellte. Der übrige Theil der Masse war an einzel-

nen Stellen mit einer dicken wie fibrösen Membran überzogen; vom Chlorion konnte nichts unterschieden werden. Beim Zerschneiden des Kolbens fand sich in der Mitte eine leere etwa Haselnussgrosse Höhle, deren aneinanderliegende Wände vom Amnion ausgekleidet waren. — Vom Foetus war keine Spur vorhanden.

Gleich nach der Geburt klagte die Entbundene über heftigen Schmerz im Leibe; nach einigen Stunden stellte sich heftiger Frost mit darauffolgender Hitze, heftige Durst, Kopfschmerz etc. ein. Der Unterleib wurde aufgetrieben, gespannt, sehr schmerzhaft, besonders in der unteren Bauchgegend, wo nicht die geringste Berührung ohne die heftigsten Schmerzen vertragen wurde; diese Schmerzen erstreckten sich noch rückwärts gegen die Kreuzbeingegend hin und verbreiteten sich gegen die Oberschenkel. Das Fieber war sehr heftig, besonders gegen Abend, auch erbrach die Kranke reichliche, grünliche Massen.

Nachdem durch Blutentziehungen und Opinte der Schmerz etwas gestillt worden war, konnte man das Exudat deutlich nachweisen; die Perimetritis verlief aber sehr günstig bei der geeigneten Behandlung und nach 6 Wochen konnte die Patientin entlassen werden.

b) N. N. 22 Jahre alt, kräftig gebaut, war stets gesund und seit ihrem 14. Jahre regelmässig menstruirt, wähnte sich vor 3 Monaten zum erstenmal schwanger. Als Grund für diese Annahme sprach das Ausbleiben der Menstruation und die Digestionsanomalien, die sie sonst nie verspürt hatte. Uebrigens war sie wohl und

konnte ihrem Geschäfte, sie war Näherin, ganz gut vorstehen.

Einige Stunden nach einer heftigen Gemüthsbewegung stellten sich nach ihrer Angabe heftige vom Kreuze gegen den Schooss ziehende Schmerzen ein, denen bald ein heftiger Blutfluss folgte. Letzteres bewog sie im Gebärhause Hilfe zu suchen.

Bei der Untersuchung fand man ausser der ausgedehnten Harnblase nichts Abnormes. Nach Entleerung derselben konnte man bei tiefen Druck den Uteruskörper fühlen; Schmerzen waren durch Druck zu erregen. Bei der inneren Untersuchung fand sich der Muttermund nur wenig geöffnet, für den Finger kaum durchgängig; aus ihm entleerte sich nur eine unbedeutende Menge von Blut. Nach 24 Stunden wurden die Wehen kräftiger und bald wurde eine enteneigrosse Mole geboren. An ihrer äusseren Fläche war sie zum Theil mit der Decidna vera bedeckt, die in Fetzen mit Blutgerinseln bedeckt an den anderen Theilen herabhing. Das Chorion war hier sehr deutlich zu erkennen, die Zotten ziemlich verlängert und geästet; die Räume zwischen ihnen waren von einem Maschenwerk sehniger Faden und Blutgerinnsel ausgefüllt. Im Innern war eine von Amnion ausgekleidete Höhle, auch hier lagen die Wände der Höhle aneinander und ohne flüssigen Innhalt. Ausgedehnt war die Höhle von der Grösse eines Taubeneies; auch hier sah man jene Reste des Nabelstranges in der Form von einigen feinen Fäden, die sich deutlich am Chorion inserirten. Vom Foetus war nichts nachweissbar.

Der Verlauf war ungestört. Mit dem Abgange der Masse stand der Blutfluss, die Lochien waren regelmässig. Nach 10 Tagen verliess die Kranke das Spital.

III. Blasenmole.

N. N., 36 Jahre alt, Mutter mehrerer Kinder, war stets gesund und regelmässig menstruirt. Vor 3 Monaten blieb die Menstruation aus, seit mehreren Wochen klagte sie über Ueblichkeit, Erbrechen, Schmerz im Leibe besonders auf Druck, und bedeutende Mattigkeit. Ohne dass die Schwangere einen Grund anzugeben weiss, bekam sie vor etwa 14 Tagen einen ziemlich heftigen Blutfluss aus den Genitalien, der seither mit etwas gemindeter Heftigkeit fortdauerte.

Bei der Untersuchung fand sich der Uterus bis gegen den Nabel reichend, ziemlich hart, bei tieferen Druck etwas schmerzhaft.

Bei der inneren Untersuchung fand man die Vaginalschleimhaut hyperaemisch als Sitz reichlicher Schleimabsonderung; die Vaginalportion etwas gewulstet, eingekerbt, der Muttermund für den Durchtritt eines Fingers hinlänglich geöffnet. Die Auscultation gab negatives Resultat, weder Foetaltöne noch Placentargeräusch war vernehmbar.

Ruhige, horizontale Lage und Opiate gegen den Schmerz wurden verordnet, allein ohne Erfolg; die Schmerzen mehrten sich, nahmen den Charakter der Wehen an, der Blutfluss wurde reichlicher.

Nach und nach erweiterte sich der Muttermund, die Wehen wurden immer kräftiger und folgten rascher aufeinander, bis endlich nach einiger Zeit durch eine

kräftige Wehe eine hühnereigrosse Blasenmole ausgestossen wurde. Der Uterus zog sich rasch zusammen, der Blutfluss hörte auf; das Wochenbett verlief ganz regelmässig und die Frau wurde nach 10 Tagen entlassen.

Die Mole hatte die oben angegebene Form, vom Chorion ausgehend zahlreiche, gestielte, sich verästelnde Blasen mit hellen etwas opalisirenden Inhalt von schleimiger Consistenz und alkalischer Reaction.